

(介護予防) 短期入所生活介護サービス 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム こがねの里
管理者名	管理者 藤井 俊哉
所在地	奈良県奈良市西大寺赤田町1丁目7番1-2号
事業所連絡先	TEL 0742-52-4315 FAX 0742-52-4319
介護保険事業所番号	第 2970101289 号
指定年月日	平成13年4月1日
法人種別・名称	社会福祉法人 秋篠茜会
法人代表者	理事長 藤井 俊哉
法人所在地	奈良県奈良市西大寺赤田町1丁目7番1-2号
法人連絡先	TEL 0742-52-6775 FAX 0742-52-6773

2 当法人の理念及び事業者運営方針

《 秋篠茜会の理念 》

- ＊ すべての児童、すべての高齢者、すべての障害者・児の基本的人権の尊重を何よりも大切にします。
- ＊ 法人及びその事業は、民主的に運営します。
- ＊ 人間尊重の立場に立った保育および介護を実践します。
- ＊ 福祉水準の向上に努め、医療と連携します。
- ＊ 児童福祉および高齢者福祉の地域センター的な役割をはたします

《 事業所の運営方針 》

- ＊ 本事業所において提供する短期入所生活介護は、介護保険法並びに関係各法令の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ＊ 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に短期入所生活介護計画を作成することにより利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ＊ 利用者またはその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
- ＊ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ＊ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
- ＊ ケアプランが作成されている場合は、当該計画に沿った短期入所生活介護サービスを提供する。

3 営業日及び入退所時間

営 業 日	年中無休
入 退 所 時 間	9時～17時（12月30日～翌年1月3日の期間は対応していません。） ただし緊急時の場合はこの限りではありません。

4 設備の概要

区分	数量 / 規模	備 考
利用定員	25名	併設する介護老人福祉施設に一時的に空室がある場合については、利用定員を超えて利用する事ができます。
居室	個室110室(内25室がショートステイ)	壁の開閉により、2人部屋が可能な居室があります。（通常は個室として利用しています。）
居室内設置備品	トイレ	Pトイレの設置も可能です。
	介護用ベッド	畳への変更も可能です。
	洗面台	車椅子での利用ができます。
	タンス	本館のみ設置されています。
	移動式テレビ	1日あたり定額制（5室）
ユニット数	10ユニット 内2ユニットが ショートステイ	9～15名の利用者のグループで生活して頂きます。
食堂	10ヶ所(内2つがショートステイ)	1ユニットに1ヶ所の食堂があります。
浴室	4ヶ所	2階、3階それぞれにあります。 一般浴槽と機械浴槽があります。
医務室	1ヶ所	2階にあります。
静養室	2ヶ所	2階にあります。
喫茶室	1ヶ所	1階にあります。喫茶室「虹」
喫煙所	1ヶ所	1階（駐車場横）

5 職員の配置状況

職種	資 格	人 数	業 務 内 容
管 理 者	施設長	1名（兼務）	施設の管理運営
主 任	介護福祉士	1名（常勤）	職員のサービス指導
ユニットリーダー	介護福祉士	2名（常勤）	サービス提供内容の管理

医 師		1 名（嘱託医）	利用者の療養指導
介護・看護職員		6 名以上	利用者の生活支援 等
	看護師・准看護師	1 名以上	利用者の健康管理 等
生活相談員		2 名（兼務）	利用者の福祉相談 等
機能訓練指導員	看護職員	1 名（兼務）	利用者の機能訓練 等
栄養士	管理栄養士	1 名（兼務）	利用者の栄養指導 等
調理員	その他（業務委託）		利用者の食事調理 等
事務員		1 名（兼務）	利用者の送迎 等

6 通常のサービス提供実施地域

サービス実施地域	奈良市
----------	-----

7 生活保護指定の有無

生活保護指定有り	生活保護を受給されている方のご利用が可能です。 利用料金については、別紙の料金表にてご確認ください。
----------	---

8 事故発生時及び緊急時の対応 協力医療機関等

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせ等に基づき、家族、主治医、救急医療機関、居宅支援事業者、介護予防支援事業者等へ連絡いたします。

注1） 緊急時に備えて、**必ず連絡の取れる連絡先**を持ち物表にご記入して下さい。

注2） 当事業所は、ご家族様に代わり介護をさせて頂く生活施設となっており、医療機関ではありませんので、無理なご利用はお控え下さい。

注3） 体調の変化により医療機関への受診が必要な場合は、かかりつけの病院へ**ご家族様付添い**にてお願いします。緊急の場合、当施設の協力病院で受診して頂くこともあります。その場合、必ず**ご家族様付添い**でお願いします。受診後「入院が必要」と判断された場合は、当施設を退所して頂くことになりますのでご了承下さい。

注4） 協力医療機関で対応出来ない場合は、救急車搬送先の病院となりますので、ご了承下さい。

協力医療機関	連絡先	備 考
吉田病院	0742-45-4601	協力医療機関での受診を、優先するものではありません。また、協力医療機関での受診を強要するものではありません。

9 非常災害対策

- ・災害時の対応：連絡網により可能な限り職員を招集します。

非常用備蓄食品4日分を常時保有します。

ご家族に速やかにご連絡致します。

- ・防災設備：全館スプリンクラー、火災報知器、非常用放送設備、非常用自家発電施設などが備わっております。

また、施設内各所に消火器を備え付けております。

- ・防災訓練：年2回、消火訓練、避難誘導訓練、地震訓練などの防災訓練を実施致します。
- ・防災責任者：事務職員（防火管理者）

10 利用時の危険性（リスク）、高齢者の特徴に関して

こがねの里では利用者の方が快適なご利用や入所生活を送ることができるよう、安全な環境づくりに努めておりますが、利用者のお身体の状況やご病気に伴う様々な症状が原因により、以下の危険性が伴います。

またこれらのことはご自宅でも起こりうることで、十分にご理解くださいますようお願い致します。なお、わからないことやわかりづらいことがあれば、ご遠慮なくお尋ねください。

1. 歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落などによる骨折・外傷、頭蓋内損傷などの恐れがあります。
2. 介護老人福祉施設は原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
3. 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
4. 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
5. 加齢や認知症の進行により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
6. 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合があります。
7. 本人のお身体や精神状態が急に悪化した場合など、当事業所・施設の判断で緊急に病院へ搬送又は受診を行うことがあります。

11 苦情・相談の受付窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。また、当事業所では苦情解決のため、弁護士、当法人評議員、当法人監事、地域関係者、学識経験者で構成される第三者委員を選任し、苦情解決の申出等ができるよう措置を講じております。

相談窓口の案内	電話番号	0 7 4 2 - 5 2 - 4 3 1 5
	Fax 番号	0 7 4 2 - 5 2 - 4 3 1 9
	受付時間	(月)～(金) 9 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0
	窓口担当職員	生活相談員
	担当者	事務長
	責任者	施設長 (管理者)

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村相談窓口	担当課	奈良市介護福祉課
	電話番号	0 7 4 2 - 3 4 - 5 4 2 2
国民健康保険団体連合会	電話番号	0 7 4 4 - 2 9 - 8 3 1 1
	Fax 番号	0 7 4 4 - 2 9 - 8 3 2 2
	フリーダイヤル	0 1 2 0 - 2 1 - 6 8 9 9
奈良県運営適正化委員会	電話番号	0 7 4 4 - 2 9 - 1 2 1 2

1 2 利用料について

短期入所生活介護サービス利用料金表

介護保険給付サービス利用料

- ◆◇ 下記の利用料金は、6級地加算（1単位=10.33円）で計算しています。 ◇◆
- ◆◇ 実際の料金は、端数処理を行いますので、下記の利用料金の合計と異なる場合があります ◇◆
- ◆◇ 生活保護受給の方は介護券により、自己負担分の一部又は全額が公費で支給されます。 ◇◆
- ◆◇ 社会福祉法人等減免制度により、自己負担分の一部が減額されます。 ◇◆
- ◆◆自己負担額は、自治体発行による負担割合証に基づきます。◆◆

★ 介護予防併設型ユニット型短期入所生活介護費Ⅰ（予防給付）

	給付単位数	1日あたりの料金	(1割負担)	(2割以上)
要支援 1	529単位	5,465円	547円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額
要支援 2	656単位	6,777円	678円	

★ 併設型ユニット型短期入所生活介護費Ⅰ（介護給付）

	給付単位数	1日あたりの料金	(1割負担)	(2割以上)
要介護 1	704単位	7,273円	728円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額
要介護 2	772単位	7,975円	798円	
要介護 3	847単位	8,750円	875円	
要介護 4	918単位	9,483円	949円	
要介護 5	987単位	10,196円	1,020円	

★ 送迎加算（介護給付／予防給付とも有り）

	給付単位数	1回あたりの料金	（1割負担）	（2割以上）
送迎加算料金	184単位	片道 1,901円	片道 190円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

- * 利用者の希望により送迎を行った場合に加算されます。
- * 自宅から当事業所間以外の送迎は基本的に実施しません。
- * 奈良市以外に在住の方は、特別な送迎費用に係る場合があります。

★ 機能訓練に関する加算（介護給付／予防給付とも有り）

	給付単位数	1日あたりの料金	（1割負担）	（2割以上）
機能訓練体制加算	12単位	124円	13円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額
個別機能訓練加算	56単位	579円	58円	

- * 機能訓練体制加算…機能訓練指導員が常勤専従で配置されていることへの加算となります。
- * 個別機能訓練加算…機能訓練指導員等が個別機能訓練計画に基づいて訓練を実施し、3ヶ月毎に自宅を訪問して内容を説明した場合に加算となります。

★ 介護職員の配置にかかる加算

	給付単位数	1日あたりの 利用料金	自己負担額 （1割負担）	自己負担額 （2割以上）
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	226円	23円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

- * サービス提供体制強化加算Ⅰ…前々月から過去3ヶ月間の職員体制において、介護職員に介護福祉士が占める割合が80%以上での加算となります。

★ 看護職員の配置にかかる加算（要介護1～5の利用者の方が対象）

	給付単位数	1日あたりの料金	（1割負担）	（2割以上）
看護体制加算Ⅲイ	12単位	124円	13円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額
看護体制加算Ⅳイ	23単位	238円	24円	

- * 看護体制加算Ⅲイ…常勤の看護師を1名以上配置し、前年度または前3ヵ月の利用者の総数の内、要介護3以上の利用者が70%以上を占めている場合に加算となります。
- * 看護体制加算Ⅳイ…上記を上回る数の看護師を配置し、24時間連絡体制を確保している場合に加算となります。

★ 夜勤職員の配置にかかる加算（要介護1～5の利用者の方が対象）

	給付単位数	1日あたりの料金	（1割負担）	（2割以上）
夜勤職員配置加算Ⅳ	20単位	207円	21円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

* 夜勤職員配置加算Ⅳ…夜勤勤務時間に、職員配置基準に1名以上加えるとともに、看護員か喀痰吸引等の実施ができる介護員を配置している場合の加算となります。

★ 療養食加算（介護給付／予防給付とも有り）

	給付単位数	1食あたりの料金	（1割負担）	（2割以上）
加算料金	8単位（1食）	83円	9円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

* 医師よりお食事指導されている方への加算となります。ご利用の都度に、主治医（かかりつけ医）の食事箋が必要となります。

★ 若年性認知症利用者受入加算（介護給付／予防給付とも有り）

	給付単位数	1日あたりの利用料金	（1割負担）	（2割以上）
加算料金	120単位	1,240円	125円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

* 診断書（要介護認定の主治医意見書含む）をもとに、対象となる方への加算となります。

★ 認知症行動・心理症状緊急対応加算（介護給付／予防給付とも有り）

	給付単位数	1日あたりの利用料金	（1割負担）	（2割以上）
加算料金	200単位	2,066円	207円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

* 認知症状により医師が緊急にショートステイの利用が必要と判断し、診断日の当日か次の日に利用開始した場合に加算されます。（最長7日間）

★ 緊急短期入所受入加算（要介護1～5の利用者の方が対象）

	給付単位数	1日あたりの利用料金	（1割負担）	（2割以上）
加算料金	90単位	930円	93円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

* ケアプランで短期入所を利用する事になっていない方が、緊急的に利用された場合に加算されます。（原則7日間、最長14日間）

★ 認知症専門ケア加算（介護給付／予防給付とも有り）

	給付単位数	1日あたりの利用料金	（1割負担）	（2割以上）
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位	31円	4円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額
認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位	42円	5円	

* 日常生活に支障を来す認知症の利用者が50%以上を占め、認知症介護にかかる専門的な研修を修了している職員を2名配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合に加算されます。

* 上記に加えて、事業所または施設全体の認知症ケアの指導等を実施、研修計画の作成と実施をしている場合に加算されます。

★ 医療連携強化加算（要介護1～5の利用者の方が対象）

	給付単位数	1日あたりの利用料金	（1割負担）	（2割以上）
医療連携強化加算	58単位	600円	60円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

* 医療行為が必要な方に対し、看護師が定期的に巡回し、協力医療機関と緊急時の対応に関する取り決めを行っている場合に加算されます。

★ 看取り連携体制加算（要介護1～5の利用者の方が対象）

	給付単位数	1日あたりの利用料金	（1割負担）	（2割以上）
看取り連携体制加算	64単位	662円	67円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額

* 看取りの指示がある方が利用された場合に加算されます。（最長7日間）

★ 長期利用に関する減算

30日を超えての利用については、（介護予防）併設型ユニット型短期入所生活介護費から1日につき30単位分が減額となります。

60日を超えての利用については、（介護予防）併設型ユニット型短期入所生活介護費が1日につき以下の単位数となります。

	給付単位数	1日あたりの料金	（1割負担）	（2割以上）
要支援 1	502, 5単位	5, 191円	519円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額
要支援 2	623, 1単位	6, 437円	644円	
要介護 1	670単位	6, 922円	693円	

要介護 2	740 単位	7,645 円	765 円	
要介護 3	815 単位	8,419 円	842 円	
要介護 4	886 単位	9,153 円	916 円	
要介護 5	955 単位	9,866 円	987 円	

★ 生産性向上推進体制加算（介護給付／予防給付とも有り）

	給付単位数	1日あたりの利用料金	（1割負担）	（2割以上）
生産性向上推進 体制加算Ⅰ	100 単位	1,033 円	104 円	左記の金額に自己負担割合を乗じた金額
生産性向上推進 体制加算Ⅱ	10 単位	104 円	11 円	

* 利用者の安全、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策について、厚生労働省の定める施策を行っている場合に加算されます。（いずれか一方）

★ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（介護給付／予防給付とも有り）

* 加算される単位数は、一ヶ月あたりの総単位数に17.6%を乗じて得た単位数（四捨五入）により算定されます。

一部介護保険給付サービス利用料

★ 食費／居住費（滞在費）（負担限度額認定証により一部介護保険給付されます。）

	利用料金	負担 第3段階②	負担 第3段階①	負担 第2段階	負担 第1段階	生活保護 受給
ユニット型個室 滞在費	2,066 円/日	1,470 円/日	1,370 円/日	880 円/日	880 円/日	0 円/日
短期入所食費	朝食 450 円 昼食 810 円 夕食 540 円	利用日毎 上限 1,360 円	利用日毎 上限 1,030 円	利用日毎 上限 600 円	利用日毎 上限 300 円	利用日毎 上限 300 円

* おやつを提供はありません。

* 他の短期入所生活介護事業所も含め連続して30日間ご利用の場合は、31日目に当事業所をご利用の場合全ての方について、滞在費・食費とも通常の利用料金（全額自己負担）となります。

* また、特定入所者介護サービス費給付外の利用日についてもすべての方について、滞在費・食費とも通常の利用料金（全額自己負担）となります。

介護保険給付外サービス利用料

★ 法定代理受領分以外の利用料

法定代理受領外費用	介護報酬告示額（全額）
-----------	-------------

* 要介護認定区分ごとの支給限度額外の介護サービス費、他の事業所も含めて連続31日目に該当するサービス費については介護報酬告示額（全額負担）となります。（超過した単位数×10.33円（1円未満は切り捨て））

★ その他費用

理美容サービス	理髪店の出張による理容サービスです。	
	※ 業者への支払となります。	
	★ヘアスタジオイマニシ（第1月曜日）	カット（カット室）2,000円 （ベッド上）2,300円
理美容サービス	★ウィンヘアサービス（第3土曜日）	カット（カット室）2,300円 （ベッド上）2,600円 毛染め +4,400円 顔そり +550円 シャンプー +550円 毛染めのみ 4,950円 シャンプーのみ 1,100円 パーマ（カット込） 7,260円 カット+顔そり+シャンプーセット 男性3,600円 / 女性3,400円
	レクリエーションや特別な行事費用	クラブ活動など、特別な行事等に参加される場合の費用（希望者の方のみ） 生花クラブ 440円 押し花クラブ 実費 その他行事 実費
特別な送迎	当事業所の実施地域外の方で特に送迎を希望された方に実施致します。	通常の実施地域を超えたところから 1km超える毎に50円（税抜）
嗜好・補助食材に係る費用	当事業所をご利用の方でご希望の方はご利用になる事ができます。	ジュース（自動販売機） 130円～
		喫茶 「虹」からの提供料金 コーヒー 100円 紅茶 100円

売店	売店業者の出張販売をご利用頂けます。(毎週水曜日)	実 費 ※ 業者への支払となります。
娯楽に係る費用 (テレビ)	ご希望の方には、テレビ付き床頭台 をご利用になる事ができます。 デイルームのテレビは無料でご覧頂 けます。	1日あたり 350円 ※ 事前の申し込みが必要です。 申し込まれたら、毎回設置します。
日用品費	当事業所をご利用の方でご希望の方 に提供いたしております。	ティッシュペーパー 62円

1.3 利用料金のお支払い方法

月の利用料は、利用月の翌月末までに事業者指定口座へ送金にてお支払いください。(他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください)。

1.4 ショートステイ（短期入所生活介護）の内容

要支援及び要介護認定者に短期間の利用で機能訓練や、施設ケアを提供し、家庭で介護にあたる家族が引き続きケアが提供できるよう支援いたします。

《健康チェック》

- 血圧測定・体温測定（入退所時や入浴前に測定します。その他体調不良時や希望時に測定します。）
- 日常生活介護（利用者お1人ひとりの状態やご希望に配慮した介護を実践します。）
- 排泄介助： おむつ持参の必要ありませんが、使い慣れた物がありませんでしたらお持ち下さい。施設にあるオムツは、尿とりパット、リハビリパンツ、テープタイプ紙オムツです。
- 入浴介助： 一般浴槽と機械浴槽とがあります。体調不良等で入浴できない場合は、清拭にて替えさせていただきます。入浴は1週間のうち2回です。（おおよそ3日に1回のペースですが、1泊2日からのご利用の方でも1回は入浴していただけます。）
- 食事介助： 刻み食等、お1人ひとりにあった食事形態をご用意します。使い慣れた箸、スプーン、フォーク等の食器がありましたらお持ち下さい。
- 移動介助： 利用中施設の車イス、歩行器などをご使用になることもできます。

《日常生活訓練・レクリエーション》

- 手芸、習字、運動療法、囲碁、音楽療法 等

《その他自立への支援》

- 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。
- 生活のリズムを考え、毎朝着替えを行うよう配慮します。
- 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

《送迎サービス》

- ご希望があれば送迎させていただきます。車椅子での送迎は可能ですが、ストレッチャーでの送迎は行っていません。
- 入所・退所前日に送迎時間等について電話連絡させていただきます。
- ご利用者様以外の方は、車両に乗車できませんのでご了承下さい。

《タバコ・喫煙》

- 防災管理上、館内での喫煙はできません。所定の場所をお願いします。
- タバコ・ライター等お預かりさせて頂く場合があります。ご了承下さい。

《洗濯サービス》

- 1泊2日のご利用から洗濯をさせていただきます。
- 退所当日の洗濯物につきましては、お持ち帰り頂くことになります。

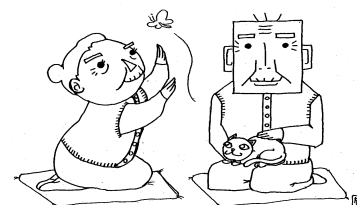
《面会時間について》

- 午前9時～午後6時までとさせていただきます。原則的に、緊急の事態で無い限りできませんので、ご了承下さい。面会時、持ち物等ございましたら職員にご連絡下さい。

《生活について》

7：00	起床	
8：00～	朝食	
10：00	お茶の時間	
10：30～11：30	一般入浴	※（日）は実施していません。
12：00～	昼食	
13：30～16：00	機械入浴	※（日）は実施していません。
14：40	ラジオ体操	
15：00～	お茶の時間	
17：30～	夕食	
20：30	消灯	

生け花クラブ・習字クラブに参加して頂くこともあります。



15 持ち物について

	物品等	備考
貴重品関係	(1) 介護保険被保険者証 (2) 負担割合証 (3) 負担限度額認定証(食費／滞在費) (4) 社会福祉法人等減免認定証(該当される方) (5) 医療保険資格確認書 (6) 医療減額証(該当される方)	注(1) 初回、認定更新時は必ずご持参下さい。 注(2) 初回、更新時は必ずご持参下さい。 注(3) お持ちの方のみご持参下さい。 注(4) お持ちの方のみご持参下さい。 注(5) 医療機関を受診する際に必要となります。 注(6) 医療機関を受診する際に必要となります。
衣 類	(1) 普段着 2～3 組 (2) 下着 2～3 組 (3) 靴下 2～3 足 (4) 寝間着 1～2 組 (5) 季節にあわせて羽織れる衣類	注1) 衣類については、一般的に洗濯が可能なものをお願いします。 注2) ドライクリーニング等は出来ませんのでご了承下さい。 注3) 衣類には、名前のご記入をお願いします。
洗面用具	(1) フェイスタオル 1～2 枚 (2) 歯ブラシ／歯磨き粉 (3) 歯磨き用コップ (4) 入れ歯洗浄剤／ケース (5) ティッシュペーパー(BOXでも可)	注1) 入浴サービス用のタオル／バスタオルは、現在、無料で提供いたしております。
定期薬 医薬備品	(1) 内服薬 (2) 軟膏(日常的に使用されている方) (3) 目薬(日常的に使用されている方) (4) 浣腸(日常的に使用されている方) (5) お薬内容の説明書 (6) ガーゼ等医薬備品等	注1) 医療機関ではありませんので、薬の処方できません。 注2) 内服薬は、[図]のように一回分ずつ小分けしてお持ち下さい。 秋篠 あかね 1/1 朝食後
	★ 床ずれ等や傷の処置が必要な方は、必要な医薬備品をご準備下さい。 ★ 在宅酸素療法の方は、HOTの手配や必要物品は、利用の都度ご準備下さい。	
移動手段等	(1) 上履き / 下履き (2) 杖／歩行器／車椅子	注1) 上下を共有されている方は、区別は不要です。スリッパは、転倒の原因となりますので避けてください。 注2) 車椅子等は当施設でもございますが、使い慣れている物があれば持参下さい。

その他	(1) 水筒／ペットボトル等 (2) おやつ(必要な方のみ) (3) 雑誌／趣味 (4) その他	注1) お茶をお配りしますので、水筒等をお持ち下さい。 注2) 趣味などあればお持ち頂いて結構です。 注3) <u>生もの等食中毒の恐れがあるものは、ご遠慮下さい。</u>
-----	---	--

＜お名前の書き方＞

- すべての持ち物に、フルネームでご記名下さい。
- 洗濯しても消えないようにして下さい。
- 無記名の場合、紛失等により確認・返却できない恐れがあります。

記入例) 秋篠 あかね アキシノ アカネ 等

15 個人情報の利用目的について

社会福祉法人秋篠菫会

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護 サービス利用契約書の第16条に規定する個人情報の利用目的については、下記の通りです。

社会福祉法人秋篠菫会 特別養護老人ホームこがねの里

個人情報の利用目的

社会福祉法人 秋篠菫会では、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、あらかじめ利用者の個人情報の「利用目的」を明示します。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1. 施設内部での利用目的

- ① 施設が利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用にかかる施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 入退所等の管理
 - ・ 会計、経理
 - ・ 介護事故、緊急時等の報告
 - ・ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

2. 他の介護事業者等第三者への情報提供を伴う利用目的

① 施設が利用者等に提供する介護サービスのうち

- ・ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
- ・ その他の業務委託
- ・ 利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
- ・ 家族等への心身の状況説明

② 介護保険事務のうち

- ・ 審査支払い機関へのレセプトの提出審査支払い機関又は保険者からの照会への回答

③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1. 施設内部での利用に係る利用目的

① 施設管理運営業務のうち次のもの

- ・ 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
- ・ 施設等において行われる学生等の実習への協力
- ・ 施設において行われる事例研究等

2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

① 施設の管理運営業務のうち

- ・ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ・ 当法人事業所において行われる学生の実習への協力

上記の利用目的及び第三者提供について、利用停止・留保のお申し出がない場合は、同意頂いたものとさせていただきます。

また、利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱う場合は、あらかじめ利用者本人の同意を得るものとします。

16. 第三者評価の実施状況

(1)実施の有無	無し
(2)直近の年月日	—
(3)評価機関の名称	—
(4)評価結果の開示状況	—

以上の通り、説明を受け、同意のもと契約が成立したので、その証として本書2通を作成のうえ、利用者及び事業者は署名または記名押印し、利用者及び事業者がそれぞれ1通を保有します。

契約日 年 月 日

事業者より重要事項説明を受け、その内容に同意したので、本契約を締結致します。

契約者(利用者) 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印

(続柄)

(連帯保証人) 住所

氏名 印

(続柄)

利用者に重要事項説明を行いその内容に同意が得られたので、本契約を締結致します。

(事業者)

住所 奈良市西大寺赤田町1丁目7-1-2

施設名 特別養護老人ホーム こがねの里

法人名 社会福祉法人秋篠茜会

理事長 藤井 俊哉 印